



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **mkk – meine krankenkasse** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **mkk – meine krankenkasse** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **mkk – meine krankenkasse** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **mkk – meine krankenkasse** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **mkk – meine krankenkasse** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte zum bzw. schnellstmöglich Mitglied der mkk - meine Krankenkasse werden.

- Wechsel im **Kündigungsverfahren** (wir kündigen die bisherige gesetzliche Krankenkasse)
- Wechsel aufgrund einer **Statusänderung** (z. B. Beginn oder Ende einer Beschäftigung/Selbstständigkeit, Arbeitslosigkeit, Ende Familienversicherung)
- Beitritt zur **gesetzlichen Versicherung** (z. B. bei Zuzug aus dem Ausland oder ohne vorherige gesetzliche Krankenkasse)

Angaben zur Person (laut Ausweisdokument)

Geschlecht männlich weiblich divers unbestimmt

Name Vorname(n)

Straße, Hausnr. PLZ, Ort

Geburtsdatum Geburtsort

Geburtsname Geburtsland

Nationalität Familienstand

Telefon* E-Mail*

Renten- bzw. Sozialversicherungsnummer Steht im Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

Allgemeine Angaben (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ich bin ...
- Arbeitnehmer:in
 - Auszubildende:r
 - Student:in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)
 - Schüler:in (bitte Schulbescheinigung beilegen)
 - Rentner:in (bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen)
 - Rentenantragsteller:in
 - Bezieher:in von ALG I (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
 - Beamtin bzw. Beamter
 - nicht Erwerbstätige:r
 - Sozialhilfeempfänger:in
 - Bezieher:in von Bürgergeld (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
 - Künstler:in
 - Selbstständige:r ohne Anspruch auf Krankengeld
 - Selbstständige:r mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche
 -

Ich war zuletzt ...

- pflichtversichert
- freiwillig versichert
- familienversichert
- privat krankenversichert/freie Heilfürsorge

Name der Krankenkasse

- nicht krankenversichert
- nicht in Deutschland, Zuzug aus dem Ausland am

Arbeitgeber:in beschäftigt ab/seit Bruttogehalt/mtl.* Euro

Name Arbeitgeber:in

Anschrift Arbeitgeber:in

Ich bin mit dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin verwandt: Nein Ja, Verwandtschaftsgrad

Ich bin Geschäftsführer:in der Firma: Nein Ja (bitte Geschäftsführervertrag beilegen)

Ich bin Gesellschafter:in der Firma: Nein Ja (bitte Gesellschaftervertrag beilegen)

Weitere Angaben

Ich beziehe eine ausländische Rente, einen (kapitalisierten) Versorgungsbezug: Nein Ja (bitte Nachweis beifügen)

Familienversicherung

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern: Nein Ja, bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die mkk sofort informieren.

*Die Angaben meiner Kontaktdaten (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie meines Bruttogehaltes sind freiwillig.

- Ich bin damit einverstanden, dass die mkk meine oben genannten Kontaktdaten verarbeitet. Die mkk darf mich zu individuellen Leistungsansprüchen und allgemein über eigene Produkte und Services informieren. Zusätzlich können meine Kontaktdaten zu Mitgliederbefragungen genutzt werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft einschränken bzw. widerrufen.



Datum, Unterschrift

Diese Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch uns und die Rechte der Kundinnen und Kunden nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung stehen auf unserer Homepage unter www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice mkk
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

